

CT・MRI 共同利用依頼書兼診療情報提供書

山鹿市民医療センター

TEL 0968-44-2185

FAX 0968-44-2242

患者情報	フリガナ				依頼施設	予約日時	令和 年 月 日 時 分						
	患者名			男・女		依頼施設名							
	生年月日	T・S・H・R	年 月 日			医師名							
	住所						TEL	() -					
	TEL	() -					FAX	() -					
	感染症	(無・有)→内容()					検査種別	(単純・造影)					
	来院時	(徒歩・車椅子・ストレッチャー)					読影依頼	(無・有)					

CT 検査部位	頭部 : 頭・脳・眼窩・副鼻腔・歯科インプラント	MRI 検査部位	頭部 : 頭・脳・後頭蓋窩・眼窩・副鼻腔・MRA
	頸部 : 耳下腺・顎下腺・甲状腺・咽頭喉頭		頸部 : 耳下腺・顎下腺・甲状腺・咽頭喉頭
	胸部 : 肺野・縦隔・心臓・(左 or 右)乳房		胸部 : 肺野・縦隔・心臓・(左 or 右)乳房
	腹部 : 肝胆膵・腎・膀胱・子宮・骨盤腔		腹部 : 肝・胆・膵・MRCP・腎・膀胱・子宮・卵巣・前立腺
	脊椎 : 頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・胸腰椎移行部		脊椎 : 頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・胸腰椎移行部
	四肢 : (左 or 右)肩・肘・手関節・手・股関節		四肢 : (左 or 右)肩・肘・手関節・股関節・膝・足関節
	膝・足関節・足・その他()		MRA・MRV・その他()

撮影上の希望事項・病歴・臨床診断

造影用 チェック	体重 (kg)
	アレルギー歴 (無・有)→内容()
	既往歴 (気管支喘息・心疾患・腎疾患・てんかん・その他()
	腎機能 (Cr: eGFR:)
	ビグアナイド系糖尿病薬の服用 (無・有)→CT 造影検査の方は検査日の前後 48 時間は休薬を推奨します
	造影剤副作用の既往 (副作用歴無し・副作用歴有り・使用経験無し)
	造影剤の使用 (可・不可)
	その他留意事項

山鹿市民医療センター問診医()